

Prise en charge du SCA ST+

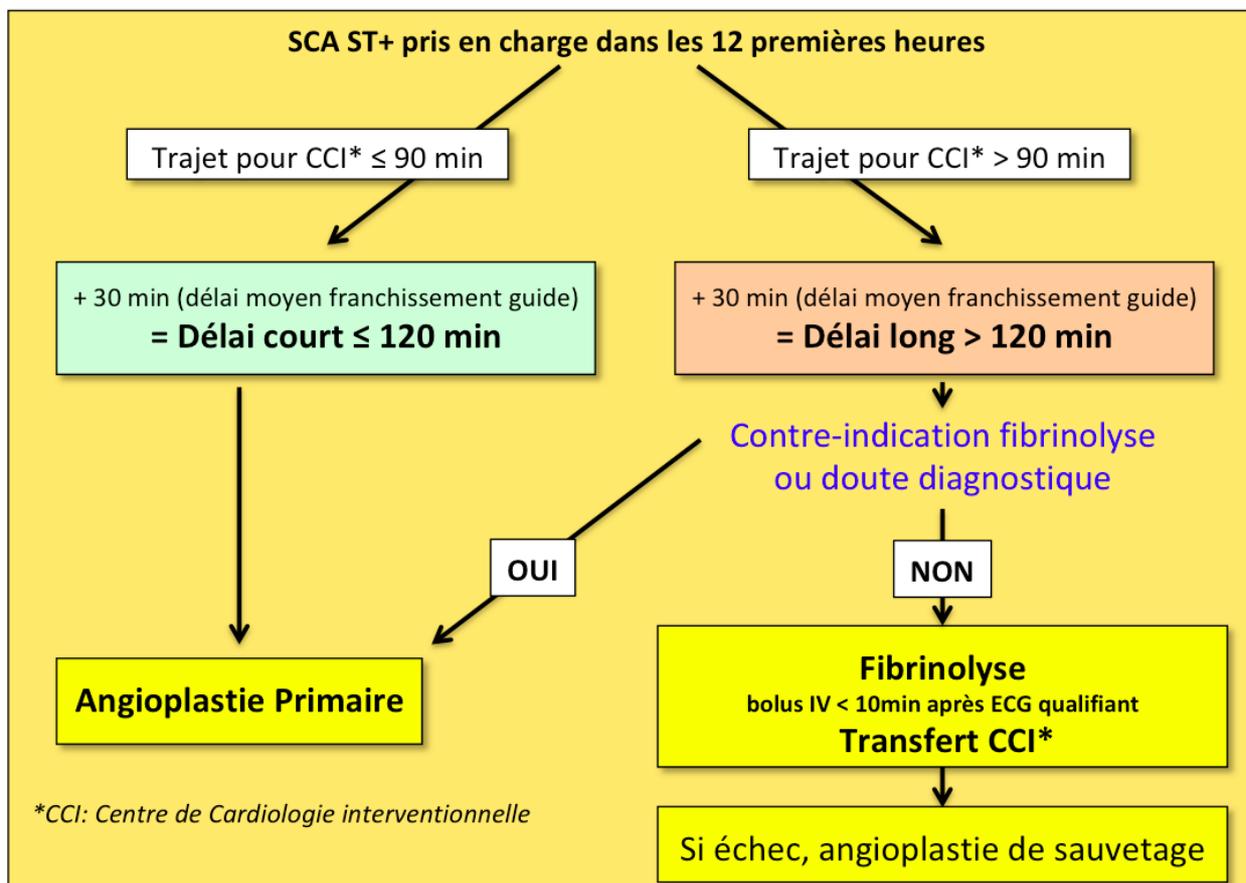
Diagnostic :

- Douleur thoracique typiquement coronarienne, de durée >20mn et ≤12h.
- Tracé qualifiant 17 dérivations (12 + V3R, V4R, V7, V8 et V9) dans les 10 min suivant le premier contact méd.
- Sus-décalage persistant du segment ST ≥2mm (H) ou 1mm (F).
- En cas de BBG (ou PM) :
 - Sus décalage ST ≥ 1mm dans les dérivations avec QRS positifs
 - Sous décalage ST ≥ 1mm de V1 à V3
 - Sus décalage ST ≥ 5 mm dans les dérivations avec QRS négatifs

Mise en condition :

- Scope cardio tensionnel – recherche de signes de choc cardiogénique
- Biologie : Troponine (ne pas attendre les résultats pour la stratégie)
NFS, TP, TCA, CRP, glycémie, créatinine
- Si dispo: Echocardiographie au lit du malade en cas de doute diagnostique sans retarder la prise en charge
- Pose d'une VVP au membre supérieur gauche (préserver la voie radiale droite + patch EMLA radial droit)
- Antalgique : morphine en titration jusqu'à EVA ≤ 3 / benzodiazépine si patient anxieux
- Oxygène aux lunettes seulement si SaO₂ <90%
- Nitrés au PSE seulement si IVG ou poussée HTA, normaliser glycémie (0,9<dextro<2,0g)

Stratégie de revascularisation :



CH. Aurillac 04 71 46 56 92	CHU. Clermont-Fd 04 73 75 14 15	PSR. Clermont-Fd 04 73 99 44 00	CH. Montluçon 04 70 02 81 30	CH. Vichy 04 70 97 29 53
---------------------------------------	---	---	--	------------------------------------

Patient traité par AOD ou AVK : Pas de fibrinolyse
Aspirine 250 mg IVD + Clopidogrel 600mg
Transfert CCI

Fibrinolyse :

Contre-indication absolue si :

Trauma crânien <1 mois
AVC ischémique <6mois
Chirurgie majeure <1 mois
Saignement digestif < 1 mois
Traumatisme majeur <1 mois
Malformation artério-veineuse
Néoplasie à risque hémorragique
Pathologie de l'hémostase connue
Suspicion de syndrome aortique aigu
Ponction ou biopsie non compressible <24h
ATCD de lésions du système nerveux central
ATCD d'AVC hémorragique ou AVC d'étiologie inconnue

Contre-indication relative si :

AIT <6mois
Hépatopathie évoluée
Endocardite infectieuse
Ulcère gastro-duodéal actif
RCP prolongée >20mn ou traumatique
Femme enceinte ou dans le post partum
Traitement anticoagulant oral (AVK ou AOD)
HTA sévère non contrôlée (>180/110mmhg)

Protocole

- **Tenecteplase** : bolus unique sur VVP dédiée dans les 10min après ECG qualifiant **30 à 50mg selon poids**. Si > 75 ans, réduire la posologie de moitié
- **Enoxaparine** : **30mg en bolus IVD puis 1mg/kg en SC (x2/j)**
Si ≥75ans ou IRC avec Cl<30ml/min : pas de bolus et seulement 0,75mg/kg en SC (x1/j)
Si indisponible : HNF bolus 60UI/kg (max 5000Ui) puis IVSE 12UI/kg/h (max 1000UI/h)
- **Aspirine** : **250mg IVD**
- **Clopidogrel** : **300mg en dose de charge**, si > 75 ans, dose de charge de 75mg

Après fibrinolyse : Transfert systématique vers centre de cardiologie interventionnelle

Angioplastie primaire : Coordination téléphonique, **rappel 15mn avant arrivée en salle**

Protocole

- **HNF** : **bolus 100 UI/kg en IV** (maxi 5000UI) puis IVSE à 12 UI/kg/h (maxi 1000UI/h)
- **Aspirine** : **250mg IVD**
- **Dose charge anti P2Y12** : **Prasugrel ou Ticagrelor**

Ticagrelor

Dose de charge de 180 mg

Si pas d'ATCD hémorrag intra crân.

Prasugrel

Dose de charge de 60 mg

Si pas d'ATCD d'AVC/AIT

Clopidogrel 600mg en dose de charge si CI prasugrel ou ticagrelor ou non disponibles

Cas Particuliers

Choc cardiogénique, complications mécaniques de l'infarctus : le cardiologue receveur prendra contact avec la Chirurgie Cardio-Vasculaire (CCV).

CCV CHU Clermont-Fd :

04 73 75 15 71